**体检须知**

为了准确反映受检者身体的真实状况，请注意以下事项：

1.均应到指定医院进行体检，其它医疗单位的检查结果一律无效。

2.严禁弄虚作假、冒名顶替；如隐瞒病史影响体检结果的，后果自负。

3.体检表上贴近期一寸免冠照片一张。

4.本表第二页由受检者本人填写（用黑色签字笔或钢笔），要求字迹清楚，无涂改，病史部分要如实、逐项填齐，不能遗漏。

5.体检前一天请注意休息，勿熬夜，不要饮酒，避免剧烈运动。

6.体检当天需进行采血、B超等检查，请在受检前禁食8-12小时。

7.女性受检者月经期间请勿做妇科及尿液检查，待经期完毕后再补检；怀孕或可能已受孕者，事先告知医护人员，勿做X光检查。

8.请配合医生认真检查所有项目，勿漏检。若自动放弃某一检查项目，将会影响对您的录用。

9.体检医师可根据实际需要，增加必要的相应检查、检验项目。

10.如对体检结果有疑义，请按有关规定办理。

**体检编号**：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | 出生年月 | |  | 照  片 |
| 民 族 |  | | 婚姻状况 | |  | 籍 贯 | |  |
| 文化程度 |  | | 联系电话 | |  | | | |
| 职 业 |  | | 工作单位  （毕业院校） | |  | | | |
| 报考职位 |  | | 身份证号 | |  | | | |
| 请本人如实详细填写下列项目  （在每一项后的空格中打“√”回答“有”或“无”，如故意隐瞒，后果自负） | | | | | | | | | |
| 病名 | | 有 | 无 | 治愈时间 | 病名 | | 有 | 无 | 治愈时间 |
| 高血压病 | |  |  |  | 糖尿病 | |  |  |  |
| 冠心病 | |  |  |  | 甲亢 | |  |  |  |
| 风心病 | |  |  |  | 贫血 | |  |  |  |
| 先心病 | |  |  |  | 癫痫 | |  |  |  |
| 心肌病 | |  |  |  | 精神病 | |  |  |  |
| 支气管扩张 | |  |  |  | 神经官能症 | |  |  |  |
| 支气管哮喘 | |  |  |  | 吸毒史 | |  |  |  |
| 肺气肿 | |  |  |  | 急慢性肝炎 | |  |  |  |
| 消化性溃疡 | |  |  |  | 结核病 | |  |  |  |
| 肝硬化 | |  |  |  | 性传播疾病 | |  |  |  |
| 胰腺疾病 | |  |  |  | 恶性肿瘤 | |  |  |  |
| 急慢性肾炎 | |  |  |  | 手术史 | |  |  |  |
| 肾功能不全 | |  |  |  | 严重外伤史 | |  |  |  |
| 结缔组织病 | |  |  |  | 其他 | |  |  |  |
| 备 注： | | 其他说明： | | | | | | | |
| 受检者签字：  体检日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |